

書式 I - 2 指伸筋腱機能評価表

カルテ No. _____ 患者名 _____ (男・女) 年齢 ()

利き手 (右・左)

患側 (右・左・両側)

診 断 _____

受 傷 日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

検 査 日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

初 診 日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

検 者 名 _____

手 術 日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

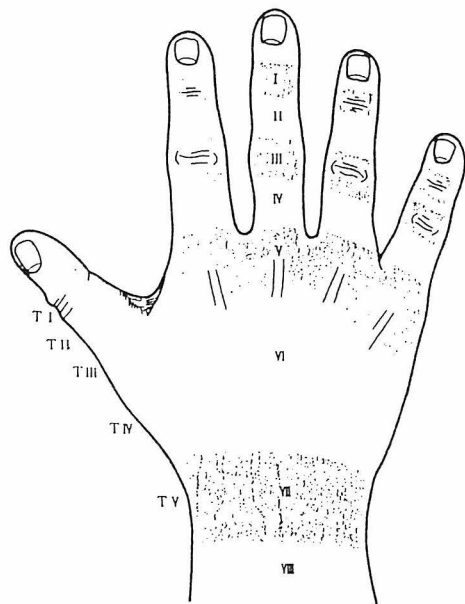
		IP・AM	患指 IP/対側指 IP	MP・AM	TAM	%TAM
母 指	患 指					
	対側指					

		DIP・AM	患指 DIP/対側 DIP	PIP・AM	患指 DIP+PIP/対側 DIP+PIP	%TAM
示 指	患 指					
	対側指					
中 指	患 指					
	対側指					
環 指	患 指					
	対側指					
小 指	患 指					
	対側指					

指伸筋腱総合機能

	TAM	対側 TAM	%TAM
母 指			
示 指			
中 指			
環 指			
小 指			

損傷部位 (○で記入)



(術後 _____ 年 _____ カ月)